

ANNÉE 1906 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 24 Janvier 1906, à 1 heure

PAR

Gaston DORLÉANS

Chef de Travaux Pratiques à l'École de Médecine de Tours



L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

COEXISTENCE

d'Accidents Syphilitiques Tertiaires

Avec le Tabes et la Paralyse Générale

Président : M. GAUCHER, professeur

Juges	}	MM. ROGER, professeur
		LEGRY, agrégé
		MACAIGNE, agrégé

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, 15, RUE RACINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie		P. POIRIER
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIASDUVAL
Opérations et appareils		RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT.
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER.
Clinique médicale	}	HAYEM
		DIEULAFOY.
		DEBOVE
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux		LE DENTU.
Clinique chirurgicale	}	TILLAUX.
		TERRIER.
		BERGER.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements	}	BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDÉAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur accorder aucune approbation ni improbation.

DU MÊME AUTEUR

Etude chimique d'os ostéomalaciques (Prix Brassac, 1900).

Tableaux d'analyse par voie humide à l'usage des candidats au certificat d'études P. C. N.

Sur quelques particularités de l'osmose des solutions aqueuses (Société française de Physique, juillet 1905).

L'osmose des solutions aqueuses de chlorure de sodium dans ses rapports avec leur ionisation (Association française pour l'avancement des Sciences. Cherbourg, 1905)

A MA FAMILLE

A MES MAITRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Professeur des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine
Médecin à l'hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'honneur

Hommage de respectueuse reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Coexistence d'Accidents syphilitiques tertiaires

Avec le Tabes et la Paralyse générale

INTRODUCTION

Lorsque l'on s'attache tout particulièrement, comme nous l'avons fait, à l'étude des maladies de la peau, on est frappé des rapports que l'on peut assez fréquemment établir entre des manifestations cutanées d'origine syphilitique indiscutable et des affections parasyphilitiques comme le tabes et la paralysie générale.

M. le professeur Gaucher, dans une communication faite le 15 mai 1903 à la Société médicale des hôpitaux de Paris, avec M. Babonneix, interne des hôpitaux, avait déjà appelé l'attention sur cette intéressante question. Depuis cette communication, un certain nombre d'auteurs ont recherché, soit dans la littérature médicale, soit dans les services spéciaux, les exemples de coexistence d'accidents syphilitiques tertiaires avec le tabes et la paralysie générale, et le

nombre d'observations ainsi recueillies est déjà assez grand.

C'est sur le conseil de M. le professeur Gaucher que nous avons entrepris de faire un travail d'ensemble sur la question, et d'y apporter notre contribution.

Qu'il nous soit permis de dire ici à M. le professeur Gaucher, combien nous lui sommes reconnaissant d'avoir bien voulu accepter de nous guider dans notre tâche, et de nous avoir permis, avec une inépuisable complaisance, de profiter de sa grande expérience et de sa profonde érudition en tout ce qui concerne les maladies de la peau et la syphiligraphie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Accidents syphilitiques en activité chez un tabétique. —
Gaucher et Babonneix, Société médicale des hôpitaux,
séance du 15 mai 1903).

P..., 43 ans, tréfileur, entré salle Saint-Louis, n° 2, le 11 avril 1902. Le malade n'a pas d'antécédents héréditaires, ses parents, respectivement âgés de 72 et de 75 ans, sont très bien portants. Ils ont eu quatre enfants : une fille actuellement âgée de 44 ans, le malade, un fils actuellement âgé de 42 ans et enfin une fille qui serait morte subitement à 17 ans. Il ne semble pas y avoir, tant dans les ascendants directs que dans les collatéraux, d'hérédité névropathique ou arthritique.

Il n'y a rien non plus à signaler dans les antécédents personnels du malade. Celui-ci a toujours joui d'une bonne santé. Il a accompli sans peine ses quatre années de service militaire ; une fois revenu à la vie civile, il a exercé sans interruption le métier de tréfileur qu'il pratique depuis l'âge de 15 ans.

Le seul accident pathologique à signaler est la syphilis.

Il y a cinq ans, le malade a contracté un chancre du menton pour lequel il est venu se faire soigner à la salle Bichat où on lui a prescrit, pendant les trois mois qu'il y est resté, des pilules, des piqûres et de l'iodure. La roséole a été précoce et abondante, le malade affirme n'avoir jamais eu de plaques muqueuses buccales ou autres.

Il n'y a rien eu de nouveau jusqu'à il y a deux mois. A cette époque, le malade qui depuis longtemps avait cessé de se traiter, a remarqué que sa vue baissait progressivement et qu'il avait comme un brouillard devant les yeux ; il ne paraît pas avoir eu de diplopie à ce moment. Il lui arrivait aussi d'avoir par instants des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs et de perdre ses urines en travaillant : c'est pour cet ensemble de troubles qu'il entra à la salle Saint-Louis, n° 2, le 11 avril 1903.

Etat actuel. — Le malade n'est que peu ataxique ; il marche sans heurter les jambes, il tourne facilement au commandement, il ne présente, même dans la station verticale, lorsqu'il a les yeux fermés, qu'une ébauche de signe de Romberg. Au lit l'hésitation motrice est peut-être un peu plus prononcée, et lorsqu'on dit au malade de croiser les jambes ou de toucher avec son pied tel ou tel point du plan du lit, il y a une hésitation assez sensible. De même, les membres supérieurs dans l'exécution des mouvements délicats laissent percevoir quelque maladresse.

Les réflexes tendineux sont abolis ; qu'il s'agisse des réflexes achilléens ou rotuliens, ou encore des réflexes du coude. Les réflexes rotuliens ne peuvent être réveillés, même par la manœuvre de Jendrassik. Les réflexes cutanés sont relativement conservés, le réflexe crémastérien est à peu près normal.

Il y a peu de troubles sensitifs. En dehors des douleurs fulgurantes, dont nous avons déjà parlé, le malade n'éprouve aucun trouble subjectif de la sensibilité ; sa sensibilité au tact, à la température et à la douleur, paraît normale, il en est de même du sens musculaire.

Des troubles sensoriels, les plus importants sont les troubles oculaires. Le malade a remarqué que sa vue baissait ; il ne peut plus lire à la même distance qu'auparavant ; il a constamment un brouillard devant les yeux ; de plus ses pupilles ne réagissent plus à la lumière, tandis qu'elles se modifient encore sous l'influence de l'accommodation.

Il y a donc chez ce malade un signe d'Argyll des plus manifestes ; les pupilles sont immobiles, il existait à l'entrée une inégalité pupillaire marquée, la pupille gauche étant beaucoup plus grande que la droite : cette différence, tout en s'atténuant, est encore sensible aujourd'hui.

Il existe de temps à autre quelques légers troubles vésicaux caractérisés par de l'incontinence d'urine. Il n'y a pas de troubles trophiques appréciables, pas d'arthropathies ni de maux perforants ; l'intelligence est normale et la parole correcte. Sans l'inégalité pupillaire que nous venons de signaler il n'existe aucun signe de

paralysie générale associée, l'état général est bon, le malade a bon appétit; il dort bien, il n'a pas maigri pendant les derniers temps.

Sur les confins de la face antérieure et latérale interne du genou gauche on voit une syphilide circonscrite constituée par une série d'éléments papuleux, de couleur jambonnée. Ces éléments se sont groupés suivant un contour arrondi, arciforme, dont la concavité regarde la face interne du genou; il s'agit évidemment d'une syphilide circonscrite typique.

OBSERVATION II

Syphilis il y a dix ans, paralysie générale, syphilide psoriasiforme de la main gauche (Gaucher et Babonneix).

H..., 44 ans, chaudronnier, entré salle Saint-Louis, n° 7, le 20 avril 1903.

Le malade entre à l'hôpital pour les lésions qu'il présente à la face palmaire de la main gauche.

Il est très difficile de lui faire préciser ses antécédents héréditaires ou personnels. Tout ce qu'il se rappelle c'est qu'il a eu la syphilis il y a dix ans. A cette époque, il aurait eu un chancre de la verge, chancre soigné en ville par un médecin et diagnostiqué chancre induré; les accidents secondaires sont passés inaperçus.

Quant aux accidents palmaires pour lesquels le ma-

lade entre à Saint-Louis, ils remontent déjà à plusieurs années sans qu'il soit possible de faire préciser au malade leur véritable début : depuis leur apparition ils n'ont que peu varié. Enfin, depuis cinq ou six mois se sont développés des troubles de la parole, troubles dont le malade se rend compte, et qu'il signale lui-même au cours de l'interrogatoire.

Il est impossible de tirer d'autres explications du malade, qui confond et embrouille tous ses souvenirs.

Etat actuel. — Le malade présente la plupart des signes de la paralysie générale confirmée. Il a un embarras marqué de la parole, il accroche et traîne en parlant, il lui arrive aussi de se tromper et d'employer un mot pour un autre, mais fait important et que nous avons déjà signalé, il se rend compte de cette difficulté de parole qu'il est le premier à signaler. L'écriture est hésitante et embarrassée, mais il n'y a pas de mots sautés ou écrits deux fois.

La langue est animée de tremblements fibrillaires, tremblements que l'on observe aussi, mais moins constants et moins marqués au niveau des lèvres.

Les pupilles sont en myosis, mais elles ne sont pas déformées, il n'y a pas d'inégalité pupillaire, mais il existe un signe d'Argyll des plus manifestes.

Les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés mais inégalement.

Il existe une ébauche de signe de Romberg.

Au point de vue psychique le malade est dans un état de parfaite quiétude. Il va bien, il gagne largement sa vie ; sa mémoire est excellente et n'était son petit embar-

ras de parole, il serait absolument satisfait de son sort.

En plus de ces symptômes qui caractérisent une péri-encéphalite classique, le malade présente des lésions spécifiques incontestables de la face palmaire de la main gauche. En cet endroit existent de nombreuses syphilides psoriasiformes, peu volumineuses, des dimensions d'une petite lentille, circonscrites, recouvertes de squames blanchâtres ; ces syphilides, qui se groupent parfois par séries de quatre ou cinq, sont plus nombreuses à la racine de la main que vers les plis digito-palmaires ; on en retrouve encore quelques-unes à la face palmaire du médus et de l'annulaire. Les plus volumineuses se voient au niveau des plis digitaux.

Ces lésions sont presque exclusivement unilatérales, sur l'autre main il existe de la kératodermie, des durillons professionnels, mais très peu de lésions spécifiques.

OBSERVATION III

(Sicard et Touchard. — Société médicale des hôpitaux de Paris, séance du 16 octobre 1903).

Homme, âgé de 40 ans, palefrenier, a contracté la syphilis à l'âge de 20 ans. S'est mal et peu soigné, a quelques habitudes éthyliques.

C'est il y a cinq ans qu'ont débuté les premiers symptômes de tabes par de la diplopie et des douleurs fulgurantes. Depuis sont venus se surajouter d'autres signes classiques de la sclérose des cordons postérieurs : abo-

lition des réflexes rotuliens et du tendon d'Achille, ébauche d'incoordination, déformation tibio-tarsienne, mal perforant plantaire. Il n'existe pas de sucre dans l'urine.

En pleine évolution tabétique, a apparu il y a treize mois, sans douleur ni gêne marquée, une éruption cutanée au niveau de l'hémithorax gauche.

L'éruption en demi-ceinture a une direction générale oblique d'arrière en avant et de haut en bas. Elle suit à peu près les espaces intercostaux.

Elle est limitée assez nettement en avant, ne dépassant que très peu la ligne axillaire. Le territoire qu'elle occupe est innervé par les branches postérieures des dix nerfs dorsaux et par les septième, huitième, neuvième et dixième nerfs intercostaux.

L'éruption est constituée par des placards et des nodules papuleux. Ce sont des syphilides nodulo-tuberculeuses typiques à coloration brun cuivré. Quelques-uns des éléments se sont effacés et sont remplacés par des cicatrices arrondies et pigmentées d'aspect classique.

Le malade est entré au mois de juin. Une première ponction lombaire faite à cette époque a révélé de nombreux lymphocytes. Après trois mois de traitement mercuriel intensif, les placards cutanés se sont cicatrisés ; les signes tabétiques ont au contraire persisté avec la même lymphocytose marquée du liquide céphalo-rachidien.

OBSERVATION IV

(Sicard et Touchard, *idem*).

Homme de 32 ans, observé par l'un de nous au mois d'août 1903, pendant le remplacement de M. Darier. Présence de syphilides zoniformes typiques au niveau de l'hémithorax gauche, à direction oblique occupant les branches antérieures et postérieures des cinq derniers intercostaux, syphilides tertiaires, papulo-squameuses. La syphilis remontait à douze ans. Elle avait été mal soignée. L'éruption thoracique avait apparu six mois auparavant d'une façon lente et progressive.

Une ponction lombaire faite le 22 août a révélé la présence de nombreux lymphocytes.

Malheureusement le malade n'a pas voulu se laisser hospitaliser et après une injection d'huile grise, nous l'avons perdu de vue. Il eût été intéressant d'étudier chez cet homme, non diabétique, l'influence du mercure sur les éléments cellulaires sous-arachnoïdiens.

OBSERVATION V

(Dr Dalous, chef de clinique à l'Université de Toulouse, *Revue de médecine*, 10 janvier 1904).

X..., 43 ans, musicien, nie absolument la syphilis, avoue des excès de coït. Marié. Deux fausses couches chez sa femme.

A été depuis sept à huit ans en traitement dans les différents services de l'hôpital pour un tabes déjà parfaitement confirmé.

(Nous l'avons vu pour la première fois il y a quatre ans). Douleurs fulgurantes, anesthésie plantaire, agénésie, troubles de la miction, ataxie de la marche et des mouvements du membre supérieur. Abolition des réflexes rotuliens et achilléens. Signes de Romberg, d'Argyll-Robertson.

Il y a quatre ans, les troubles vésicaux furent améliorés par la suspension.

Ce malade est venu à la consultation le 15 juin pour nous montrer des lésions cutanées remontant à quelques semaines. Au niveau de la partie antérieure et supérieure du moignon de l'épaule droite, existe une syphilide superficielle circonscrite, presque purement érythémateuse, à peine recouverte de croûtes légères et dont la nature ne permet aucune incertitude. •

On prescrit un traitement spécifique mixte (frictions, iodure de potassium). Le malade n'a pas été revu depuis.

OBSERVATION VI

(Dalous, *idem*).

X... 45 ans, rien d'important à signaler dans ses antécédents. Notre interrogatoire au point de vue de la syphilis ne nous révèle absolument rien. Mariée, jamais de grossesse.

Douleurs lancinantes dans les jambes avec sensation de faiblesse depuis trois ans environ.

La malade ayant fait quelques chutes par dérochement subit de ses jambes n'osait presque plus sortir seule. Sensations vertigineuses.

Bourdonnement continu dans les deux oreilles. abolition des réflexes rotuliens. Signe de Romberg. Myosis des deux côtés. Fourmillements dans la sphère du cubital gauche. Pas d'ataxie.

Au mois de décembre 1902 elle présenta quelques signes d'une laryngite légère qui, au lieu de rétrocéder rapidement comme nous l'espérions, s'aggrava au point que la malade devenue aphone resta pendant cinq jours en imminence d'asphyxie et de trachéotomie, tirage sus et sous-sternal, dyspepsie extrême avec paroxysmes, cyanose.

Silence respiratoire dans les deux poumons. Nous pensâmes à un obstacle glottique dont nous n'avons réussi à reconnaître la cause que le deuxième jour de la maladie. A l'examen de la région antérieure du cou, la malade accusa une douleur au niveau du tiers externe de la clavicule droite.

Nous avons trouvé à ce niveau l'os augmenté de volume. Cette exostose existait depuis un mois environ, douloureuse seulement à la pression et bien rarement d'une façon spontanée; dans tous les cas, douleurs modérées. Elle avait évolué sournoisement sans cause apparente. Pensant alors à une exostose syphilitique malgré l'absence des antécédents chez la malade et son mari, nous avons prescrit l'iodure de potassium : progressive-

ment la dyspnée disparut mais l'aphonie persista. L'examen laryngoscopique fut impossible à cause de l'hyperesthésie pharyngée.

Sous l'influence de l'iodure de potassium et de deux injections de calomel de cinq centigrammes, la voix revint et les quintes de toux nocturne disparurent.

En résumé, syphilis ignorée se manifestant par une exostose claviculaire et une laryngopathie grave certainement spécifique. *Tabes*.

OBSERVATION VII

(Communiquée par M. le professeur Audry à la séance du 20 avril 1903 de la Société de dermatologie de Paris).

X..., femme de 66 ans, sans antécédents d'aucune sorte. Quatre enfants encore tous vivants et bien portants. Elle a été trois fois nourrice : la première fois, âgée de 22 ans, elle vit tomber ses cheveux. Pas de fausses couches. Mari mort tuberculeux à 35 ans.

Il y a sept ans, douleurs dans les membres qualifiées de rhumatismales. Un peu plus tard chute brusque sans perte de connaissance, la malade put se relever immédiatement. A 61 ans, strabisme interne de l'œil gauche, survenu brusquement et suivi de diplopie ; douleurs fulgurantes, apparition d'un érythème circiné ; elle vint

à ce moment à la consultation de la clinique : la lésion cutanée fut diagnostiquée syphilitique.

Elle entre à la clinique en janvier 1903 avec un érythème circiné tertiaire qui persiste depuis cinq ans et n'a entraîné ni ulcération, ni même de notables altérations épidermiques. Tabes confirmé, strabisme interne, douleurs fulgurantes, douleurs de reins et en ceinture, algies musculaires, signe de Romberg, abolition des réflexes rotuliens. Ataxie très marquée des membres inférieurs au point que la malade ne peut marcher sans soutien, etc.

Le 10 janvier 1903, début du traitement : friction quotidienne avec 6 grammes d'onguent napolitain. Iodure de potassium 6 grammes par jour. Bains.

Le 13 janvier l'érythème est profondément modifié.

Le 20 janvier il est à peu près disparu.

Au bout d'un mois, peau redevenue complètement normale, cessation complète de toutes les douleurs. Amélioration extraordinaire de la marche. La malade déclare spontanément qu'elle ne marche plus sur de la laine mais bien sur le plancher ; elle déambule sans soutien, sans canne, elle jette bien encore ses jambes, mais beaucoup moins. Elle peut se tenir immobile sur les deux pieds joints, les yeux ouverts, et même quelques secondes les yeux fermés ; elle se retourne au commandement d'une façon un peu gauche, mais sans tomber, sans difficulté ; elle dit y voir mieux ? pupilles plus dilatées.

La malade quitte le service le 30 mars ; à ce moment toutes les améliorations se maintenaient, mais les progrès étaient à peu près stationnaires.

OBSERVATION VIII

(Communiquée par M. le professeur Audry à la Société de dermatologie de Paris, 20 avril 1903).

X..., pharmacien, 36 ans. A eu étant étudiant une syphilis normale, même bénigne au début, qu'il a traitée fort irrégulièrement. Depuis plusieurs années il présente sur la langue des lésions érosives, à peine ulcéreuses entourées de leucoplasie lisse et superficielle qui disparaissent et récidivent continuellement sous l'influence de l'administration et de la cessation de KL.

Vu en janvier 1903 avec une glossite superficielle typique. Il se plaint en outre de ressentir des douleurs dans les masses musculaires antérieures des cuisses et dans les reins. Pas d'albumine, pas de signe d'Argyll, aucun trouble de la station ; abolition complète des réflexes rotuliens de l'un et de l'autre côtés.

Diagnostic. — Tabes au début. Traitement mixte. Iodure de potassium et frictions avec onguent napolitain.

Le malade n'a pas été revu.

OBSERVATION IX

(Communiquée par M. le professeur Audry).

X..., 52 ans, ingénieur, vient consulter le 5 juillet pour des troubles vésicaux ; il se plaint de perdre ses urines depuis un an environ, rarement le jour, souvent

la nuit. Depuis quelques mois les urines sont purulentes. Il n'existe ni douleur ni mictions fréquentes, ni hémorragies.

En faisant tirer la langue du malade, je constate l'existence d'une superbe glossite syphilitique, superficielle, lisse, avec des points de leucoplasie qui a débuté il y a un an environ.

En interrogeant le malade, j'apprends qu'il a eu 27 ans auparavant une syphilis traitée assez régulièrement. Marié, trois enfants vivants et normaux, sa femme a eu deux fausses couches.

Il y a dix-sept ans, vives douleurs dites rhumatismales qui étaient évidemment des douleurs fulgurantes qui se sont renouvelées souvent depuis. Actuellement: signe d'Argyll-Robertson, abolition totale des réflexes rotuliens, remontant à plusieurs années dit le malade, vessie parésiée, urines troubles, incontinence par regorgement, encore quelques douleurs fulgurantes dans les jambes, parfois dans les mains. Pas d'ataxie.

Le malade qui se tient très bien sur un pied les yeux ouverts, chancelle fortement aussitôt qu'il les ferme.

En résumé, syphilis il y a 27 ans, tabes datant probablement de 17 ans, glossite syphilitique remontant à 1 an.

OBSERVATION X

(Communiquée à M. Dalous par M. le
professeur Audry).

X..., 35 ans, syphilis à 18 ans : Chancre, plaques muqueuses. Soignée très irrégulièrement. Jeunesse orageuse.

Syphilis silencieuse jusqu'à 33 ans. A ce moment : 1° exostoses ; 2° douleurs fulgurantes, pinçantes, algies.

Actuellement : exostose sternale type, exostose des fausses côtes droites. Abolition des réflexes rotuliens ; douleurs fulgurantes des plus nettes. Algies musculaires, agénésie partielle ; tremblement fibrillaire. Réactions pupillaires normales à l'œil gauche ; à l'œil droit, pupille paresseuse et plus contractée, se dilatant mal dans l'obscurité.

Etat stationnaire depuis le début des accidents, dans ces deux dernières années a pris un peu d'Hg et de KI à l'intérieur.

OBSERVATION XI

(Observation de P. Marie. Société médicale des
hôpitaux de Paris, 7 mars 1902).

*Un cas de tabes précédé par une hémiplegie et
présentant des manifestations cutanées syphilitiques.*

Homme de 45 ans, chancre en 1890. Ictus avec hémiplegie droite en 1895. Quelques mois plus tard douleurs fulgurantes. Actuellement, tabes avéré : le malade porte sur le médius droit des papules rosées à distribution à peu près circonscrite, entourées d'une collerette épidermique, qui sont manifestement syphilitiques.

OBSERVATION XII

(Gasne. — Société de neurologie, Paris, 7 juillet 1901).

Homme de 41 ans, chancre il y a quinze ans. Tabes ayant débuté il y a cinq ans. Douleurs fulgurantes, troubles de la sécrétion, de la vision, pas d'ataxie, signe de Romberg peu marqué : abolition des réflexes. Signe d'Argyll-Robertson. Ostéite du frontal ayant débuté il y a un an, en voie d'amélioration notable sous l'influence du traitement (KI et huile grise).

OBSERVATION XIII

(Gasne, *idem.*)

Homme de 46 ans, syphilis il y a vingt-cinq ans. Début du tabes il y a douze ans. Accidents cutanés syphilitiques il y a dix ans, il y a cinq ans, il y a un an et actuellement (1901). Signe de Romberg. Abolition des réflexes. Signe d'Argyll-Robertson. Troubles de la miction. Pas d'incoordination.

OBSERVATION XIV

(Gasne, *id.*).

Femme de 30 ans, nie la syphilis, fausses couches il y a dix ans. Angine violente. Début du tabes il y a 7 ans, douleurs rectales, vaginales, crises clitoridiennes, diplopie et strabisme, il y a six ans, guéris par III, dérobement des jambes, ataxie extrême. Troubles de la sensibilité très marqués. Signes de Romberg, de Wesphal, d'Argyll-Robertson. Gomme syphilitique de la cuisse, la malade ne peut préciser la date de leur apparition.

OBSERVATION XV

(Babinsky, Société de neurologie, Paris, juillet 1900).

Femme, 58 ans, enfants morts en bas âge et fausses couches, douleurs fulgurantes depuis plusieurs années. Abolition des réflexes. Pupille droite inexcitable, pupille gauche paresseuse. Depuis quelques semaines, céphalée nocturne violente, avec nausées et vomissements. Ces signes de syphilis cérébrale disparaissent grâce au traitement spécifique (frictions Hg. et KI).

OBSERVATION XVI

(Babinsky, *id.*).

Homme, 44 ans, chancre syphilitique il y a dix-sept ans, depuis plusieurs années, troubles visuels, troubles vésicaux, douleurs fulgurantes. Abolition des réflexes, inégalité pupillaire. Signe d'Argyll-Robertson des deux côtés. Il existe aussi une chorio-rétinite syphilitique du côté droit.

OBSERVATION XVII

(Kolischer. Société Berlinoise de dermatologie, mai 1897).

Femme, 53 ans, syphilis probable il y a trente-quatre ans ; début du tabes il y a treize ans ; elle en présente

actuellement tous les phénomènes. Il y a dix ans apparurent sur les avant bras des taches brunâtres comme des éphélides ; on les prit d'abord pour des troubles tropho-nerveux ; il s'agissait en réalité d'une syphilide papuleuse.

OBSERVATION XVIII

(Société de dermatologie. Paris, avril 1903).

Verchère, dit avoir observé un tabétique atteint de mal perforant et qui eut un an plus tard, pendant que continuait l'évolution de son tabes, des gommes syphilitiques ulcérées typiques sur l'avant-bras et le sternum qui furent rapidement justiciables du traitement.

OBSERVATIONS XIX et XX

Viannay dans une statistique de cent observations d'accidents tertiaires chez la femme signale deux cas de prétabes coexistant avec d'autres lésions tertiaires sans donner des renseignements particuliers sur ces deux malades ; sauf celui-ci : qu'elles ignoraient leur syphilis.

OBSERVATION XXI

Prétabes, syphilis il y a vingt ans. Crises analogues aux crises gastriques du tabes depuis un an, 21 février 1902, syphilis de la peau, testicule syphilitique. Pas de lymphocytose (liquide contaminé par du sang. Pupilles déformées et réflexes lumineux paresseux. Réflexes rotuliens très diminués. Achilléens disparus.

OBSERVATION XXII

Quarante-deux ans. Chancre en 1892. Céphalée en mars 1902. Syphilides ulcéreuses de la bouche. Pupilles normales, pas de céphalée. Réflexes rotuliens exagérés, Chorioretinite considérée comme de nature syphilitique par l'ophtalmologiste (Dr Schrenieck). Leucocytose très marquée.

OBSERVATION XXIII

X..., 48 ans, chancre en 1892, 21 juin 1902 ; testicule syphilitique. Réflexes rotuliens et achilléens abolis. Signe d'Argyll-Robertson. Lymphocytose.

OBSÉRVATION XXIV

(Professeur Gaucher, Edmond Fournier et Paul Touchard. Société médicale des hôpitaux de Paris, 23 février 1905).

X..., femme de 45 ans, atteinte de tabes, entrée salle Henri IV à l'hôpital Saint-Louis. Le début semble remonter à 4 ans environ. C'est vers cette époque en effet que survinrent les douleurs fulgurantes dans les jambes.

Actuellement, le diagnostic de tabes n'est pas douteux : à l'abolition des réflexes rotuliens, au signed'Argyll-Robertson, aux douleurs fulgurantes s'ajoutent un peu d'incoordination motrice pendant les mouvements d'épreuve et du ptosis intermittent de la paupière supérieure.

Il existe enfin une zone d'anesthésie à distribution radiculaire sur les faces antérieure et postérieure du thorax.

Chez cette malade la syphilis est non seulement ignorée, mais n'a donné lieu à aucun accident pathologique antérieur qui puisse la faire soupçonner.

Or, il y quatre mois survint au niveau de l'appendice xyphoïde une tuméfaction cutanée, qui grossit lentement, sans douleur, s'ouvrit spontanément il y a un mois, laissant écouler une petite quantité de liquide jaunâtre et peu épais.

En un mot il s'agit d'une gomme syphilitique que son aspect clinique suffirait déjà à caractériser si la rapide amélioration survenue après quinze jours d'injections sous-cutanées quotidiennes de 2 centigrammes de benzoate de mercure ne venait encore confirmer le diagnostic. Au traitement mercuriel nous avons ajouté le traitement ioduré à la dose de 2 grammes d'iodure de potassium par jour. Aujourd'hui la gomme est complètement cicatrisée.

OBSERVATION XXV (Personnelle).

X..., 43 ans, garçon de café, entre à l'hôpital le 26 mai 1905. Père mort à 75 ans, hémiplegique, mère morte à 48 ans de tuberculose pulmonaire. Une sœur est morte à 3 ans à la suite d'une rougeole. Les autres enfants (deux sœurs et un frère) sont vivants et bien portants.

Pendant la première enfance, maux de gorge fréquents. Pas de maladies pendant l'adolescence.

Déclaré bon pour le service militaire, a fait un mois de service, puis est entré à l'hôpital d'où il est sorti avec un congé de réforme pour « bronchite spécifique ».

A 26 ans, fièvre typhoïde.

Chancre en 1893. Une huitaine de jours après le coït infectant, le malade dit avoir remarqué sur le dos de la verge un petit bouton rouge de la grosseur d'une tête d'épingle. Le bouton s'est transformé peu à peu en

une plaie dont la cicatrice subsiste, et que la description du malade permet de considérer comme un véritable chancre. En même temps, il a constaté dans l'aîne la présence d'une grosseur accompagnée, dit-il, de plusieurs autres de moindre dimension, ce qui complète le diagnostic.

Le chancre pansé au calomel s'est cicatrisé rapidement. Il a été suivi de plaques muqueuses dans la bouche, la roséole est passée inaperçue.

Un médecin consulté au moment du chancre avait institué le traitement spécifique qui a été suivi régulièrement pendant deux mois. Au bout de ce temps, les accidents ayant disparu, le malade cessa de se soigner.

En 1902 (neuf ans après le chancre) le malade ressent des douleurs dans les jambes et à la région lombaire, la marche devient peu à peu difficile, le malade explique lui-même *qu'il marchait « du talon »*, ce qui ne lui arrivait jamais auparavant, *qu'il ne se rendait pas compte de la distance à laquelle se trouvait le sol de son pied lorsqu'il marchait*, ce qui l'obligeait à *regarder ses pieds en marchant*. Enfin, il a encore remarqué lui-même à ce moment que la marche qui quoique difficile en plein jour était encore possible, devenait *absolument impossible dans l'obscurité*. Il était de plus sujet à de fréquents étourdissements.

L'état s'étant progressivement aggravé, le malade entre à l'hôpital le 26 mai 1905.

A ce moment on constate : le signe de Romberg, l'incoordination des mouvements des membres supé-

rieurs et des membres inférieurs, la démarche caractéristique en frappant le sol du talon.

Douleurs continues, surtout dans les membres inférieurs et la région lombaire.

Le goût du malade est perverti, ses aliments lui semblent doués de saveurs étranges et désagréables.

Le réflexe rotulien n'est pas aboli, mais sensiblement diminué.

Le malade s'était plaint à cette époque d'avoir « mal aux yeux » et il fut convenu qu'il serait examiné par l'ophtalmologiste. L'examen effrayant le malade il parvint à s'y soustraire, ce qui fait que nous n'avons pu avoir les renseignements exacts sur l'état de ses yeux à ce moment.

Le malade est soumis au traitement spécifique ; on lui fait vingt piqûres de biiodure de mercure de 0.02 chacune.

A la suite de ce traitement, le malade déclare avoir ressenti une amélioration notable qui est allée en augmentant. On lui a fait ensuite des piqûres de cacodylate de soude.

Etat actuel. — Actuellement (octobre) le malade peut être considéré comme *pratiquement guéri*. Il lui reste seulement un peu d'inégalité pupillaire, et sur la cornée des cicatrices parfaitement visibles à la lumière oblique et n'affaiblissant pas la vue.

Les troubles moteurs ont *complètement disparu* et le malade va reprendre son métier de garçon de café.

OBSERVATION XXVI (Personnelle).

Gommes, ulcères, symptômes de tabes.

X..., célibataire, 49 ans, charpentier. Entré à l'hôpital le 3 octobre 1905 pour gommes ulcérées de la partie antéroexterne de la jambe gauche. Salle 10 (vénériens), n° 2.

Chancre il y a onze ans. La roséole et les plaques muqueuses sont passées inaperçues.

Au mois de juillet de cette année, le malade a été surpris par l'apparition à la jambe gauche de « gros boutons qui se sont ouverts spontanément et se sont mis immédiatement à suppurer ».

Etat actuel. — Le malade présente à la partie antéro-externe de la jambe gauche des gommes en voie de guérison.

Il présente en outre un certain nombre de symptômes de tabes :

Si on lui commande de porter rapidement son doigt sur le nez les yeux fermés, il manque le but, il accuse dans les membres inférieurs des douleurs fulgurantes parfaitement caractérisées.

Sa vue, dit-il, a beaucoup baissé.

Pas de Romberg, pas d'Argyll-Robertson.

L'hippus physiologique est aboli.

Il y a de la diplopie, du ptosis intermittent de la pau-

pière gauche et de temps en temps du larmolement des deux yeux.

Le malade accuse de fréquents sifflements dans les oreilles.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

Il y a des envies irrésistibles d'uriner, peu fréquentes d'ailleurs.

Il y a enfin des selles impérieuses, survenant sans cause appréciable et sans coliques.

Le malade est actuellement soumis au traitement spécifique qui semble devoir donner déjà des résultats.

OBSERVATION XXVII

(Tabes et gomme syphilitique. Nicolas et Moutot.

Soc. méd. hôp. Lyon, 21 novembre 1905).

Homme, âgé de 42 ans, qui nie avoir eu la syphilis, chez qui accidents primaires et secondaires sont passés inaperçus. Le 16 juillet dernier, à la suite d'un traumatisme minime, s'est établi deux heures après un gonflement très marqué de l'articulation tibio-tarsienne droite. Celui-ci a persisté depuis.

Actuellement il y a une déformation articulaire tout à fait type d'arthropathie tabétique. Cette origine est confirmée par l'existence du signe de Romberg, d'un peu d'incoordination de la marche, d'une abolition complète des réflexes rotuliens. Les pupilles sont très paresseuses

et réagissent très mal à la lumière. Pas de troubles sensitifs. Le malade n'a jamais eu de douleurs fulgurantes ou autres. Pas de crises viscérales, pas de troubles urinaires.

En outre, en août dernier est apparue une petite tumeur toujours indolore de la région trochantérienne droite. Elle a eu l'évolution classique d'une gomme syphilitique. Il y a eu une ulcération profonde, taillée à pic avec écoulement de liquide gommeux blanchâtre.

La réparation, actuellement presque complète, s'est faite par une cicatrice typique blanche, déprimée, avec liseré périphérique pigmenté en brun.

OBSERVATION XXVIII

(Nicolas et Moutot, *idem*).

Ferdinand J..., 43 ans, contracte la syphilis il y a quinze ans. N'a fait de traitement que pendant son séjour à la clinique, environ trois mois et demi. Il y a deux ans, perte de la vue du côté droit, il y a six mois perte de la vue de l'œil gauche.

Le traitement par des lotions données à la clinique ophtalmologique de Lyon aurait amené une amélioration.

Pendant son séjour à l'Antiquaille (mai 1905), on constate :

Pas de talonnement, pas d'incoordination dans la marche, pas de Romberg.

Abolition complète des réflexes rotuliens des deux côtés, pas de troubles de la sensibilité.

Amaurose complète de l'œil droit, l'œil gauche perçoit la clarté mais ne distingue pas les objets, signe d'Argyll-Robertson.

Sur le nez, il y a un mois et demi, s'est développé un petit bouton sur la narine gauche, peu à peu extension aux deux narines.

Actuellement, zone rouge avec quelques éléments surélevés. On fait le diagnostic de syphilides acnéiformes à type tertiaire.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de ces observations se dégage cette conclusion que le tabes et la paralysie générale offrent une parenté étroite avec la syphilis. Cette théorie qui est due au professeur Fournier, est d'ailleurs celle à laquelle on tend de plus en plus à se rallier, quoi qu'elle ait été au début vivement combattue.

Les lésions observées en effet sont indubitablement de nature syphilitique, et le traitement spécifique exerce sur elles une action nettement curative.

On remarquera de plus que le tabes débute à des époques diversement éloignées de l'accident primitif et variant entre quatre ans (observation de P. Marie) et dix-neuf ans (première observation de Milian).

Les manifestations tertiaires apparaissent, elles aussi, dans des délais variables.

Il y a lieu de constater encore que dans les obser-

vations ci-dessus, près de la moitié des malades ignoraient ou niaient la syphilis. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que pendant longtemps on n'ait pas songé à rapprocher le tabes de la syphilis, puisque beaucoup de tabétiques n'accusent pas dans leurs antécédents morbides d'accidents syphilitiques.

La négation et l'ignorance de la syphilis ont fait certainement prendre fréquemment, pour des troubles trophiques, des manifestations syphilitiques tertiaires, guérissables d'ailleurs parfois par la simple application de topiques vulgaires, et dont la non caractérisation fréquente a eu pour résultat la rareté dans la littérature médicale des cas de coexistence d'accidents syphilitiques tertiaires avec le tabes et la paralysie générale.

Un exemple montrera à quel point toutes ces raisons ont dû influencer sur la rareté des cas signalés.

Grâce à l'obligeance de M. le Dr Anthony, médecin-chef à l'hôpital du Val-de-Grâce à qui nous adressons ici nos bien sincères remerciements, des recherches ont pu être faites dans les archives des services spéciaux de cet hôpital. On sait avec quel soin sont recueillies les observations à l'hôpital du Val-de-Grâce, or on n'a pu en retrouver aucune se rattachant à la question qui nous occupe. Cela tient évidemment aux mêmes causes que précédemment.

Enfin, il y a encore lieu de tenir compte de la rareté des accidents tertiaires, surtout à mesure que l'on s'éloigne de l'accident primitif.

M. Dalous dans son article de la *Revue de médecine*

cine (« Les accidents syphilitiques pendant le tabes », 10 janvier 1904, page 71) insiste encore sur l'intérêt que présente la coexistence de syphilides en activité avec le tabes : « En effet, dit-il, alors que dans tous « les traités classiques les divers auteurs attachent « une très grande importance à la constatation d'accidents syphilitiques pour étayer sur une base plus « solide le diagnostic hésitant de certaines manifestations viscérales (pulmonaire, hépatique, « rénale, etc.) de la syphilis, il est étonnant qu'on « n'ait pas songé à insister sur un signe d'une telle « valeur au cours du tabes. »

Sans doute, le tabes est considéré comme une affection parasyphilitique, rebelle au traitement spécifique, et cependant cela n'est vrai qu'en ce qui concerne un tabes déjà ancien. Le professeur Fournier a montré que l'évolution d'un tabes récent peut être enrayée par le traitement spécifique tantôt d'une manière passagère, tantôt d'une manière définitive, et on trouve dans notre thèse un exemple remarquable de guérison par le traitement mercuriel.

En résumé :

La coexistence d'accidents syphilitiques tertiaires avec le tabes et la paralysie générale n'est pas une rareté.

Cette coexistence est intéressante à constater toutes les fois qu'elle se présente :

1° Parce qu'elle constitue une preuve de plus de la nature syphilitique du tabes et de la paralysie générale ;

2^o Parce qu'elle peut aider à leur diagnostic précoce ;

3^o Parce qu'elle peut contribuer à l'établissement d'un traitement rationnel et efficace de ces terribles affections.

Vu : le Président de la thèse,

GAUCHER

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD